

# Krankenhausfinanzierung in der Krise – Alle Macht den Krankenkassen?

 juwiss.de /95-2017/

10.8.2017

von ANIKA KLAFKI

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland steckt in der Krise. Obwohl sich Überkapazitäten in ländlichen Regionen hartnäckig halten, besteht gleichzeitig ein Investitionsdefizit, das sich langfristig negativ auf die Qualität der Krankenhausversorgung auswirken wird. Das duale Finanzierungssystem zwischen Ländern und Krankenkassen ist angesichts der gegenläufigen Interessen der Finanzierungsträger wenig geeignet, die derzeitigen Probleme zu lösen. Das allgemeine Reformklima ruft Begehrlichkeiten der Krankenkassen auf den Plan, die Krankenhausfinanzierung und -planung komplett zu übernehmen. Kosten würden dadurch mit Sicherheit gespart, aber wird dadurch der Investitionsstau wirklich beseitigt?



## Duale Krankenhausfinanzierung

Seit 1972 hat Deutschland ein System der „[dualen Krankenhausfinanzierung](#)“. Das bedeutet, dass die Länder die Investitionskosten tragen, während der laufende Betrieb der Krankenhäuser über die von den Krankenkassen gezahlte Vergütung finanziert wird (§ 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG).

Die Länder haben derzeit den Auftrag sicherzustellen, dass die Bevölkerung bedarfsgerecht mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern versorgt wird (§ 1 KHG). Zu diesem Zweck stellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf (§ 6 KHG). Ihnen kommt dadurch eine besondere Steuerungskraft in der Gesundheitsversorgung zu. Alle Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, sog. Plankrankenhäuser, haben einen Anspruch darauf, dass die Länder die Investitionskosten entsprechend der Krankenhausplanung übernehmen. Das sind gem. § 2 Nr. 2 KHG sowohl alle baubezogenen Kosten, etwa für Neu-, Um-, und Erweiterungsbauten, als auch die Kosten der Beschaffung und Unterhaltung der Anlagegüter wie etwa Betten, medizinische Geräte und sonstige Einrichtungsgegenstände. Gegen die Krankenkassen haben die Plankrankenhäuser einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten. Nach § 17b Abs. 1 KHG gilt für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Dazu handeln der „[Spitzenverband Bund der Krankenkassen](#)“ und der „[Verband der Privaten Krankenversicherung](#)“ mit der „[Deutschen Krankenhausgesellschaft](#)“ auf Bundesebene ein Vergütungssystem aus, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert und entwickeln es jährlich weiter (§ 17b Abs. 2 KHG). Jedes Jahr entsteht daraus ein [Fallpauschalenkatalog](#), aus dem sich die Vergütung für die Krankenhausbearbeitungen ergibt. Ergänzt werden die Festsetzungen auf Bundesebene durch die [Landesbasisfallwerte](#), die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausesellschaften ausgehandelt werden.

## Das System krankt an gegenläufigen Interessen der Finanzierungsträger

Schon seit langem wird beklagt, dass das duale Finanzierungssystem der Krankenhäuser angesichts der gegenläufigen Interessen der Finanzierungsträger nicht geeignet ist, das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten (siehe statt vieler [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007](#)). Stetig steigen die Betriebskosten an, während die Länder die öffentliche Investitionsförderung immer weiter reduzieren. In einem Gutachten zur Investitionsfinanzierung geht die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Zeitraum von 1991 bis 2015 von einem Rückgang der Investitionsquote von 11,4 % auf 4,0% aus ([DKG-Gutachten, S. 77](#)). Es bestehen [milliardenschwere Investitionslücken](#) in der

deutschen Krankenhauslandschaft.

Das Problem wird dadurch verschärft, dass Überkapazitäten an Krankenhausbetten in ländlichen Regionen nur sehr zurückhaltend abgebaut werden. Schließungen von Krankenhäusern oder auch nur bestimmter Behandlungszentren sind politisch schwer vermittelbar und werden daher von den politisch Verantwortlichen gerne vermieden. Das führt nicht nur zu einer Geldverschwendung durch Bettenleerstand. Vielmehr führt die Situation oft auch dazu, dass die Krankenhäuser unter Druck gesetzt werden, für eine hohe Auslastung zu sorgen und teure Behandlungsmethoden anzuwenden, um über die Krankenkassen den Betrieb trotz der Überkapazitäten finanzieren zu können. Je eher ein Arzt etwa bei orthopädischen Beschwerden – wie Knie-, Hüft-, und Rückenschmerzen – zu Operationen rät statt zu minimalintensiven Maßnahmen, wie etwa gezieltem Muskelaufbau, desto mehr Auslastung und Vergütung verzeichnet das Krankenhaus. Diese Anreizwirkung zur Übertherapie schadet nicht nur den Krankenkassen, denen dadurch erhebliche Mehrausgaben entstehen. Auch die Patienten leiden darunter, denn überflüssige Operationen bergen vermeidbare Risiken und verschlimmern ihre Situation. Zahlreiche Operationen bergen ein hohes Risiko, bei den Betroffenen lebenslange [chronische Schmerzen](#) zu verursachen.

Um die bekannten Defizite abzumildern, wurde das 2016 in Kraft getretene [Krankenhausstrukturgesetz \(KHSG\)](#) verabschiedet. Darin wird unter anderem vorgesehen, dass auf Bundesebene erarbeitete Qualitätsstandards bei der Landesplanung der Krankenhäuser zwingend berücksichtigt werden müssen, um qualitativ nicht hinreichende Krankenhäuser nicht länger als Plankrankenhäuser weiter zu finanzieren. Zudem wurde angesichts der sinkenden Investitionsmittel der Länder ein Strukturfonds in Höhe von 500 Mio. Euro angelegt, über den die Länder bestimmte Investitionen mitfinanzieren können, solange sie 50% der Kosten selbst tragen ([§ 12 Abs. 2 KGH](#)).

## **Monistische Finanzierung durch die Krankenkassen als heilsbringende Lösung?**

Was unter dem Namen „Krankenhausstrukturgesetz“ firmiert, bleibt jedoch weit hinter einer Strukturreform, die die Ursachen der systemisch angelegten Fehlsteuerungen bekämpfen würde, zurück. Vielmehr handelt es sich nur um eine halbherzige Symptomkorrektur.

Schon seit den 1980er Jahren wird immer wieder gefordert, das derzeitige duale System auf ein sog. „monistisches Finanzierungssystem“ umzustellen, bei dem die Krankenhäuser einheitlich – also sowohl hinsichtlich der Investitions- als auch der Betriebskosten – von den Krankenkassen finanziert werden (ausführl. dazu [Simon](#)). Eine solche Systemveränderung würde die derzeitigen Fehlsteuerungen vermeiden, so die Befürworter (siehe etwa [AOK](#)).

Richtig ist, dass die monistische Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen zu Effizienzsteigerungen führen würde. So läge es bei einer Finanzierung aus einer Hand im Interesse der Kassen, ländliche Überkapazitäten rigoros abzubauen. Es bestünde auch kein Anreiz mehr, Ärzte zur Übertherapie ihrer Patienten zu verleiten. Darüber hinaus könnte man den Krankenkassen bei Abschaffung der staatlichen Krankenhausplanung gestatten, [Selektivverträge](#) mit den einzelnen Krankenhäusern zu schließen. Dadurch würde ein Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern entfacht und es würden Anreize für Krankenhäuser gesetzt, in bestimmten Fachbereichen besondere Expertise auszubilden.

## **Warum ein „starker Staat“ im Gesundheitswesen wünschenswert ist**

Allerdings würde eine reine Finanzierung durch die Krankenkassen neben dem Problem stark ansteigender Lohnnebenkosten (ausführl. dazu [Simon](#)) zu einem völligen Rückzug des Politischen aus der stationären Gesundheitsversorgung führen. Mit den Parlamenten verlören auch die Wähler jegliche Einflussgewalt auf die Planung und Ausstattung der Krankenhäuser. Das wäre im Hinblick auf die unterschiedlichen Handlungsmotivationen von Krankenkassen und politischen Akteuren gefährlich.

Es liegt auf der Hand, dass die Krankenkassen ein großes Interesse daran haben, Kosten zu senken. Allerdings fragt sich, inwieweit die Krankenkassen ein systemisches Interesse an einer qualitativ hochwertigen Versorgung haben. Grundsätzlich resultiert das Interesse der Krankenkassen an einer guten Gesundheitsversorgung aus

ihrer Verantwortung gegenüber ihren Versicherten und aus dem Wettbewerb der verschiedenen Versicherungsanbieter. Da die vielen unterschiedlichen Krankenkassen nicht in jedem Bundesland ein eigenes Krankenhaus betreiben können, müsste jedoch ein gemeinschaftliches Krankenhausfinanzierungssystem geschaffen werden. Die einzelnen Kassen könnten sich über die Krankenhausfinanzierung daher nicht bei ihren Versicherten profilieren, so dass Investitionen für sie nur bedingt rentabel wären. Defizite der Krankenhausversorgung könnten immer auf die Investitionsunwilligkeit der anderen Kassen geschoben werden, so dass durch die Akteursvielfalt auch der Rechtfertigungsdruck der einzelnen Krankenkassen vor den eigenen Versicherten sinken würde. Zudem stehen die Krankenkassen angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels unter einem beständigen Druck, ihre Kosten zu senken. Das Problem der mangelnden Investitionen in die Krankenhäuser könnte also durch eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen kaum behoben werden.

Angesichts der derzeitigen Investitionslücken, die durch die öffentliche Hand geschaffen wurden, könnte man meinen, auch den politischen Akteuren fehle es an Investitionsanreizen. Allerdings hat die medizinische Versorgung ein hohes Wählermobilisierungspotential, so dass politische Akteure zumindest ein Grundinteresse daran haben dürften, ein hohes Niveau der Krankenhausleistungen zu sichern. Hohe medizinische Standards sind politisch wertvoll, um die Gunst der Wähler zu halten. Ein monistisches System, in dem die Länder die Investitions- und Betriebskosten der Krankenhäuser tragen, so dass die misslichen Anreize zur Übertherapie beseitigt würden, ist jedoch nicht vorstellbar. Spätestens seit der 56. Assistententagung wissen wir, dass einer solch strukturellen Reform zu Lasten der Krankenkassen, die eine teilweise Staatsfinanzierung der Krankenversorgung bedeuten würde, gewichtige Pfadabhängigkeiten entgegenstehen. Man könnte aber überlegen, die Länder zumindest an den Betriebskosten zu beteiligen, um den Abbau von Überkapazitäten und überflüssigen Behandlungen politisch rentabel zu machen. Ein genaues Konzept kann ich dazu in einem Blogbeitrag nicht entwickeln. Die Idee mag aber ein Anstoß für die junge Sozialrechtswissenschaft sein, ein effizientes System der Krankenhausfinanzierung zu erdenken, in dem der Staat seine Steuerungshoheit behält.